

LE CONTROLE DE GESTION EN MILIEU HOSPITALIER : UNE REPONSE A L'EMERGENCE DE RISQUES ORGANISATIONNELS

Fabienne Alvarez¹

Résumé

L'hôpital public français fait aujourd'hui face à des risques relatifs à l'incertitude et à la complexité des situations organisationnelles rencontrées. Une typologie des risques est développée qui distingue 1) le risque-produit, 2) le risque-procédure ; 3) le risque-personne. Le contrôle de gestion apparaît alors comme un mécanisme compensateur apportant des réponses aux risques organisationnels à l'hôpital.

Mots clés : contrôle de gestion, risques organisationnels, relations interpersonnelles.

Abstract

The French public hospital is facing specific risks linked to uncertainty and complexity of organisational settings. A typology of risks is developed that integrates : 1) product-based risk ; 2) procedure-based risk ; 3) individual-based risk. Management controls appears to be an answer to the emergence of those organisational risks in hospital.

Keywords : management control, organisational risks, interpersonal relationships.

¹ Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche, CREFIGE, Université Paris-Dauphine, Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75775 Paris Cedex 16. Téléphone et Télécopie : 01.49.01.97.09. –
Courrier électronique : Fabalva@aol.com

Introduction

Le contexte particulier de l'hôpital public français – limitation des ressources et objectifs d'augmentation de la qualité des soins – rend l'introduction d'outils de gestion au sein des unités de soins et des plateaux techniques indispensable. La situation actuelle se caractérise par « l'entrée dans le monde de l'incertain et donc l'émergence généralisée du risque » (Laufer, 1993, p. 110). On constate en effet l'apparition dans les entreprises, et à l'hôpital notamment, d'un management face à l'incertain. Complexité et incertitude sont ainsi deux caractéristiques fortes du travail hospitalier (Dupuy, 1989 ; Honoré et Samson, 1994, Halgand, 1995, Grosjean et Lacoste, 1999).

Le concept de risque organisationnel fonde la théorie et la pratique du contrôle dans les organisations (Besson, 1997b). Il faut, selon Besson (2000) « repositionner le contrôle de gestion comme une discipline des sciences de l'organisation dont l'objet est la maîtrise des risques organisationnels ». Le risque est une notion socialement construite, qui varie selon les époques et les lieux. La perception du risque n'est nullement « une appréciation objective des dangers, mais plutôt la conséquence d'une projection de sens et de valeur sur certains événements, certaines pratiques, certains objets voués à l'expertise diffuse de la communauté ou des spécialistes » (Le Breton, 1995, p. 31). Ces risques organisationnels sont issus de la problématique de l'action organisée (Besson, 1997b), dont les déficits donnent lieu à des risques spécifiques pour lesquels des dispositifs de contrôle particuliers sont mis en œuvre¹. L'objectif de cet article est de *proposer un classement des expériences de mise en œuvre de systèmes de contrôle en milieu hospitalier. Ce classement nous permettra d'élaborer une typologie des risques organisationnels*².

La communication proposée visera tout d'abord (1.) à préciser le contexte dans lequel l'hôpital s'insère afin de comprendre le cadre dans lequel le contrôle va se situer. Dans un second temps (2.) nous proposons une typologie des risques organisationnels auxquels l'hôpital doit aujourd'hui faire face et avec lesquels il doit bien souvent composer. Nous analyserons dans un troisième temps (3.) les systèmes de contrôle mis en œuvre pour répondre à la complexité et à l'incertitude qui caractérisent l'hôpital.

1. Le contexte

L'hôpital public constitue un cadre favorable à un renouvellement de la réflexion sur les systèmes de contrôle, qui « procède largement du contexte des entreprises employant des acteurs à forte identité professionnelle, associant des champs de compétence reconnus et variés et développant des gestions en réseau ce qui implique coordinations, synergies et démarches stratégiques communes » (Cauvin, 1999). Ses caractéristiques fondamentales, et d'une certaine manière spécifiques, déterminent les enjeux de contrôle qui lui sont liés : sa constitution, sa finalité, ses interactions avec l'environnement, son évolution (Schmitt, 1994,

¹ Pour une analyse des différents risques organisationnels et des systèmes de contrôle à mettre en œuvre, voir Besson (1997b).

² Cette typologie part du contexte de l'hôpital public, mais peut, à notre sens, être appliquée à toutes les organisations. Cet aspect ne sera pas discuté ici. Par ailleurs, l'objectif de cet article est de proposer une typologie des risques organisationnels en partant des problématiques du contrôle en milieu hospitalier ; sa mise en relation avec d'autres typologies fera l'objet d'une autre communication.

p. 16). Deux aspects doivent notamment être pris en compte, qui influencent fortement l'organisation et la gestion de l'hôpital. Le premier concerne le contrôle externe de la tutelle, qui dispose de moyens très étendus pour agir sur les établissements sanitaires. Cette dernière paraît théoriquement suffisamment forte pour que l'on puisse l'assimiler à une direction centrale parfaitement libre de ses choix, configurant et reconfigurant le système hospitalier à sa guise (Moisdon et Tonneau, 1996)¹. Le second aspect a trait au type d'organisation particulière qui conduit à caractériser l'hôpital de bureaucratie professionnelle, telle qu'elle a été développée par Mintzberg (1982). La spécification sociologique d'organisation professionnelle a des incidences importantes en matière de gestion : « nul service de méthodes n'est là pour définir et calibrer les tâches » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 20). Par ailleurs, « la relation entre l'activité et les ressources reste inconnue dans la mesure où les professionnels ne la spécifient pas eux-mêmes, si bien que la prévisibilité de la production et des moyens pour l'assurer est faible ». L'unité des soins constitue la base de l'organisation. Elle représente, au sein de l'hôpital « le lieu principal de l'interface de l'hôpital avec le patient, en termes de production de soins, d'informations de coût et de relations de prestations de service » (Hémidy, 1996). C'est notamment autour du service que l'on va construire le système de contrôle qui doit permettre une gestion des activités dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des coûts.

La loi du 31 juillet 1991 qui vise notamment l'accroissement de l'autonomie des établissements et le développement de la responsabilité des acteurs, pose surtout les bases pour une gestion accrue des coûts². Cet objectif de connaissance des coûts et de suivi des activités constitue un changement majeur pour l'hôpital, qui passe peu à peu d'un modèle bureaucratique où l'hôpital est une institution, à un modèle de l'agence où l'hôpital devient un marché interne (Garrot, 1995).

Cet état de fait est illustré par la démarche contractuelle préconisée par la loi du 24 avril 1996. La contractualisation, qui traduit une volonté de responsabilisation des acteurs, est mise en place à deux niveaux (Marquet, 1996) : (1) de manière obligatoire entre l'établissement et la tutelle : il s'agit du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (déjà prévu dans la loi de 1991) ; (2) de manière facultative à l'intérieur de l'établissement : il s'agit de la délégation par centres de responsabilité. Ces délégations sans cesse élargies, qu'induit le contrôle de gestion, ont pour corollaire « le contrôle des moyens mis à disposition. C'est pourquoi s'impose la pertinence d'une démarche systématique d'évaluation des coûts et de la mesure de l'efficacité des activités » (Kieffer et Merlière, 1997).

Ces démarches posent pourtant, de par leur nouveauté, un certain nombre de difficultés au contrôle de gestion, ce qui confère par ailleurs à l'introduction de tels systèmes dans le secteur sanitaire un intérêt particulier (Garrot, 1995, p. 186). Notamment parce que le domaine de la santé utilise « des référentiels professionnels puissants » et nourrit « des préventions fortes envers les démarches de gestion » (Cauvin, 1999). Gauthier et *alii.* (1975, p. 26) précisent à ce sujet qu'un certain « humanisme » propre à la profession tend à rejeter toute approche

¹ Pour des analyses plus développées sur l'évolution du rôle de la tutelle, voir Bonnici B. (1998) *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, Nouvelle Edition, « Les Etudes » de la documentation Française.

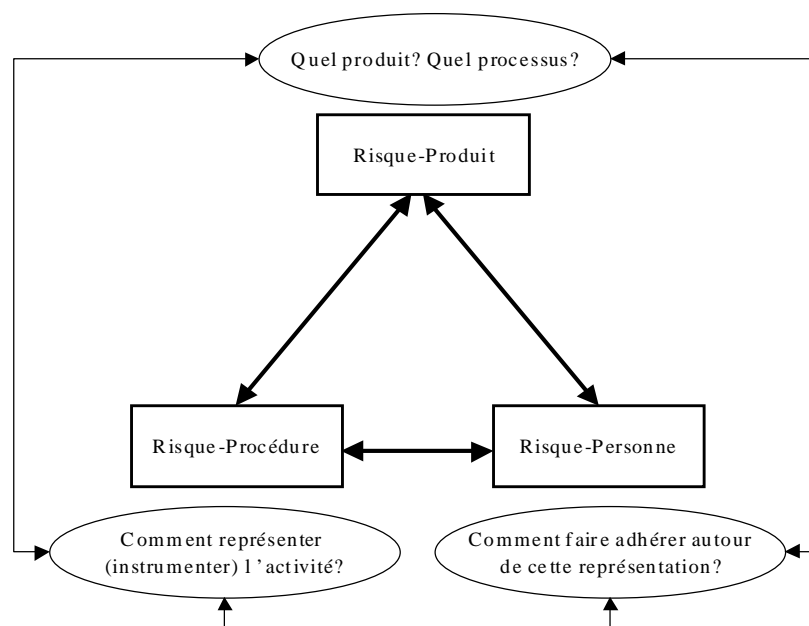
² « Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits du malade, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins » (art. L710-6 du Code de la Santé Publique).

quantitative, chiffrée, des divers domaines de l'activité hospitalière. Debrosse (1994, p. 89) enfin, souligne que « [...] tous ces éléments, recueillis et analysés, sont les outils d'une démarche stratégique, en rupture avec l'exercice traditionnel de la médecine. Il faut reconnaître que la mutation recherchée est particulièrement forte. Il est donc compréhensible que le corps médical résiste ».

2. Une typologie des risques organisationnels en milieu hospitalier

Les hôpitaux sont devenus des systèmes extrêmement complexes de par « l'étendue et la diversité des compétences, le développement d'hyperspécialités, l'incommunicabilité entre services (et parfois au sein d'un même service) » (Honoré et Samson, 1994, p. 18). Les organisations, en multipliant les objectifs de travail « distribuent l'incertitude à tous les niveaux hiérarchiques » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 175). Face à cette complexité du système de production de soins et à une incertitude croissante, l'hôpital doit donc faire face à un certain nombre de risques, notamment médicaux, environnementaux, organisationnels. Nous développons ici une *typologie des risques organisationnels* qui reconnaît trois types de risques :

- le « *risque-produit* », induit par la difficulté de définir précisément le produit hospitalier et dont l'enjeu principal est la qualité des soins ;
- le « *risque-procédure* », lié à la pertinence des outils de gestion par rapport au contexte dans lequel ils s'insèrent, dont l'enjeu est la qualité de l'instrumentation de gestion ;
- le « *risque-personne* », qui recouvre la qualité des rapports des individus aux outils d'une part, la qualité des relations interpersonnelles d'autre part, et dont les enjeux complémentaires sont l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la création et la préservation de relations de coopérations entre individus.



Problématique des risques organisationnels en milieu hospitalier

- Figure 1 -

2.1. Le « Risque-Produit »

2.1.1. Incertitudes sur la nature de l'output

L'originalité du produit hospitalier tient pour l'essentiel à la spécificité de l'hôpital. Cependant, certaines de ces caractéristiques rejoignent celles des entreprises traditionnelles, rendant la modélisation plus complexe. La première de ces caractéristiques est celle des entreprises de services ; les établissements de soins produisent des services et non des biens. La deuxième touche au processus de production : les établissements de soins se comportent pour les malades comme une 'industrie' de transformation, « les faisant passer, pour une maladie donnée, d'un état de santé à l'entrée à l'hôpital à un état de santé à la sortie » Gauthier et alii. (1975, p. 79).

La nécessité de définir le produit hospitalier provient du fait qu'« il ne peut y avoir de contrôle des coûts significatifs dans une organisation si en parallèle il n'y a pas de mesure de l'activité » (Masse, 1994, p. 37). La maîtrise des coûts dans les organisations publiques est devenu depuis quelques années un impératif de gestion. Pourtant cette définition de l'output hospitalier n'est pas aisée. Il est en effet impossible d'apprécier le produit hospitalier de manière directe sans être d'emblée confronté à un problème de définition. S'agit t-il du malade, des journées d'hospitalisation, des opérations, des heures de cours des consultations? (Garrot, 1995). Les notions de soin et de guérison notamment, qui pourraient caractériser le produit hospitalier sont floues et la nature de l'output de l'hôpital que l'on peut alors saisir en se référant aux missions qui sont les siennes, revêt un caractère très peu opérationnel (Masse, 1994, p. 36).

2.1.2. Complexité de l'activité de soins

La complexité, comprise comme « l'impossibilité d'une formalisation où tous les acteurs partie prenante d'un secteur trouveraient leur compte, c'est-à-dire finalement les réponses aux questions qu'ils se posent » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 32), se manifeste plus particulièrement à deux niveaux. Tout d'abord, l'activité de soins requiert des compétences multiples aboutissant à de nombreuses spécialités et sous-spécialités. Le découpage médical des activités nécessite ensuite un découpage analytique toujours plus fin. La deuxième cause de complexité de l'activité de soins est due au fait qu'un malade entrant à l'hôpital, en urgence ou en hospitalisation programmée, suivra un parcours spécifique en fonction d'un certain nombre de paramètres comme sa pathologie, sa gravité, l'âge du patient, ses antécédents, les actes prévus (analyses, radios, ...) et des complications éventuelles qu'il pourrait y avoir. De ce fait, il n'existe pas de processus standardisé de production de soins qui prenne en compte toutes les possibilités d'événements. On est en donc réduit à raisonner sur des probabilités d'occurrences en fonction de ces mêmes paramètres. Ce qui rend les tentatives de formalisation laborieuses.

2.1.3. Difficultés de représenter l'activité

Il devient vite évident que le problème de la démarche gestionnaire va se trouver dans la représentation même des activités. L'hyperspécialisation et le caractère unique des

« trajectoires »¹ de chaque patient rendent complexes la formalisation de l'activité. Par ailleurs, plus on descend à un niveau fin de découpage des activités, plus il devient compliqué de définir précisément les attributions de chacun. Les impacts pour le contrôle de gestion sont importants. Les outils mis en place se doivent donc d'être non seulement cohérents avec le contexte, mais aussi pertinents par rapport à l'utilisation que l'on veut en faire.

2.2. Le « Risque-Procédure »

Le risque-procédure a trait à la nature des outils sélectionnés, entendus comme « représentation formalisée d'un fonctionnement organisationnel (Moisdon, 1997, p. 10), et au cadre dans lequel ils vont opérer. L'efficacité ne s'apprécie en effet pas à l'hôpital en terme de bénéfice, mais dans le rapport entre la qualité des prestations et le prix de revient (Debrosses, 1994, p. 84). Ce type de risque est conditionné par les dimensions du risque-produit évoquées précédemment puisque la spécificité du produit hospitalier va se retrouver dans l'organisation de l'hôpital. De cela vont découler une complexité issue des structures (2.2.1.), des incertitudes relatives aux choix analytiques (2.2.2.), aux outils à l'œuvre (2.2.3.), et relatives aux performances individuelles et collectives (2.2.4.).

2.2.1. Complexité de l'organisation : structures médicales et structure analytique

L'hôpital public français a une mission de service public qui s'insère dans le cadre d'une politique de santé publique. L'objectif de qualité des soins est primordial et structure fortement l'organisation, de même que les compétences spécifiques nécessaires à sa réalisation. De ce fait, la structure de gestion de l'hôpital (le découpage analytique) doit cohabiter avec une structure médicale liée au schéma de responsabilité médicale. Il n'y a pas toujours correspondance entre les niveaux de ces deux structures, ce qui rend l'appréhension et l'évaluation des activités encore une fois peu évidentes pour le contrôle de gestion.

2.2.2. Incertitudes sur les choix de la comptabilité analytique

Comme le précisent Cauvin et Coyaude (1990, p. 189) « l'ambition de l'administration a toujours été d'obtenir à l'hôpital de systèmes standardisés, destinés à la mesure de l'activité, au suivi budgétaire et au calcul des coûts, afin de permettre un suivi du budget et de l'activité des hôpitaux dans le temps et dans l'espace, grâce à une certaine comparabilité des résultats due à la standardisation des procédures ». Pourtant, le système d'information mis en œuvre souffre de limites inhérentes non seulement à la complexité de l'activité, mais aussi et peut être surtout aux choix effectués pour formaliser cette activité. En effet, le système d'information et de gestion de l'hôpital public, fortement orienté vers l'extérieur par les pressions réglementaires et administratives, « a incontestablement souffert d'une absence de réflexion sur ses propres finalités et son adaptation aux priorités de l'établissement ».

À la fin des années 1970 ont été mises en place des cellules d'analyse de la gestion² dont l'objectif était de « comparer tout ce qui était physiquement comparable (...) pour faciliter les décisions de planification ou de répartition des ressources budgétaires » (Cauvin et Coyaude, 1990, p. 192). Dans cette optique, la comptabilité analytique s'est intéressée à la

¹ Pour une analyse de la notion de trajectoire appliquée au domaine hospitalier, voir Minvielle E. (1996) « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue française de Gestion*, juin-juillet-août.

² Voir à ce sujet l'ouvrage de P. H. Gauthier, A. Grenon, L. Omnès, J. Y. Perchet (1975) *L'analyse de gestion à l'hôpital*, Heral Editions.

détermination d'un prix de journée¹. Ce système a totalement « dénaturé la comptabilité analytique d'exploitation en incitant les responsables hospitaliers à déterminer le prix de revient moyen de quelques grandes disciplines, et non à connaître les coûts afférents à l'activité de chaque unité de soins » (Gauthier et alii., 1975, p. 74). Les limites de ces systèmes étaient connues de tous (et notamment des directions hospitalières) sans pour autant que cela initie un changement. En effet, « en l'absence d'instrumentation portant sur l'activité de soins elle-même, et dans le souci de ne pas heurter de front les logiques professionnelles en présence, les directions hospitalières ont tenté de jouer le plus longtemps possible le statu quo. Mais les marges de manœuvre à ce titre s'estompent nécessairement et l'équilibre ainsi institué s'avère de plus en plus difficile à maintenir; d'où la nécessité de s'attaquer au cœur du système, c'est-à-dire aux services cliniques eux-mêmes » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 49). C'est notamment l'un des objectifs du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) que d'éclairer gestionnaires et médecins sur les coûts des activités.

Effectivement, les hôpitaux structurent aujourd'hui leur système d'information autour d'une nouvelle définition du produit hospitalier : le groupe homogène de malades (GHM), qui permet de classer les malades en 500 catégories². Il s'agit d'une révolution dans les outils de gestion de l'hôpital car « l'activité cesse d'être appréhendée par les unités classiques (...) que sont le lit, l'entrée, la journée ou séance, la durée moyenne de séjour pondérée ou non, et l'acte en C, B, K ou Z » (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 198). L'objectif étant de déterminer un coût par pathologie.

Le PMSI, s'il se présente comme une évolution notable de l'évaluation du produit hospitalier, rencontre aussi des limites, qui expliquent peut être la lenteur de sa mise en œuvre. Cauvin (1999) considère en effet que la mise en place d'une comptabilité analytique hospitalière, centrée sur le concept de GHM conduisant à l'identification de groupes normés pour des pathologies proches, est sans application décisive. Par ailleurs, le problème provient également du calcul en coût complet selon la méthode des sections homogènes³.

2.2.3. Incertitudes sur la pertinence des outils

Le système de contrôle à l'hôpital doit s'articuler autour d'objectifs spécifiques tels que l'allocation optimale des ressources, et non le dégagement d'un profit (Cauvin, 1999). Les obstacles à l'évaluation des performances sont nombreux : « Non fiabilité des documents produits pour la tutelle par les responsables hospitaliers (feuilles de répartition et d'imputation, tableaux prévisionnels d'activités et de moyens...), surconsommation médicale, implication et effort variable des salariés, trouvent des lieux d'application certains dans le

¹ Le prix de journée avait un caractère inflationniste : « en effet, comme toute rémunération à l'unité, il permettait, par un accroissement d'activité, de dégager des ressources plus importantes que prévues, mais cette activité plus importante entraînait des dépenses supplémentaires nouvelles à la charge croissante de l'assurance maladie » (Bonnici, 1998, p. 138).

² On établit, pour alimenter ce système d'information, des résumés de sortie standardisés (RSS), qui sont des fiches individualisées contenant des informations administratives et médicales, établies à la sortie de chaque malade. Par ailleurs, le système d'information de l'hôpital s'enrichit du catalogue des actes par nature (sept familles de lettres grecques, alpha pour la chirurgie, bêta pour l'anesthésie, ...) qui concurrence la nomenclature de tarification de l'assurance maladie fondée sur les traditionnelles lettres C, B, K, Z, jugées impropres à décrire l'activité médicale. A chaque GHM correspond un nombre de points ISA (indice synthétique d'activité). Le budget est désormais attribué en fonction des points ISA par GHM. Il permet notamment les comparaisons par le biais du coût d'un point ISA.

³ Pour un exposé et une critique synthétiques du modèle GHM, voir par exemple, Halgand N. (1995). Pour des développements synthétiques sur le modèle des DRG (Diagnosis Related Groups), voir par exemple Halgand (1997).

contexte hospitalier puisque l'instance centrale n'est pas en mesure de contrôler directement les unités dépendantes mais juridiquement décentralisées » (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 9).

Deux catégories d'outils dont l'importance est fondamentale, rencontrent plus particulièrement des difficultés d'application : les budgets et les tableaux de bord. On reproche aux budgets hospitaliers de n'être trop souvent que « des inventaires de prévisions, indépendants de toute idée directrice » (Gauthier et coll., 1975, p. 55). La logique budgétaire, confortée par l'instauration du budget global, conduit les acteurs à considérer que leurs ressources sont automatiquement celles de la période précédente augmentée d'un taux directeur (désormais inférieur à l'inflation). C'est donc le budget qui draine les dépenses, et non l'activité. Les tableaux de bord, quant à eux, ne servent pas toujours aux responsables (Schmitt, 1994, p. 26). Même lorsque certains outils, comme le suivi des dépenses engagées, fonctionnent, l'utilisation de cette information reste limitée (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 230). Face à ces outils, manque probablement une réflexion en amont sur la cohérence du contrôle et la pertinence des dispositifs. Les dérives dans l'usage des outils de contrôle s'expliquent effectivement par le manque de culture managériale, mais aussi par l'incomplétude du dispositif de contrôle duquel est absent le système de sanction-récompense, reconnu comme fondamental par les tenants de la théorie de l'agence.

2.2.4. Incertitudes sur les performances individuelles et collectives

Ce dispositif d'évaluation des performances, préalable à la mise en œuvre de sanctions et de récompenses, n'est pas opérationnel à l'hôpital. C'est ce qu'expriment Gauthier et alii. (1975, p. 26) : « le directeur général ne peut guère avoir d'action efficace s'il détecte des anomalies persistantes au niveau de l'activité de l'un de ses collaborateurs. En effet, les principaux cadres ne peuvent être nommés ou révoqués par lui. (...) L'hôpital est ainsi la seule entreprise où les responsables des différents secteurs de production échappent presque totalement à l'autorité du directeur général ». Comment attendre d'eux, dans ce cas, qu'ils respectent les objectifs de l'organisation ? Qu'ils se conforment aux limites budgétaires ? Qu'ils tentent d'identifier les sources d'inefficacité et les lieux de gaspillage ?

A ce problème d'évaluation des performances individuelles viennent s'ajouter le problème de recrutement et l'intéressement collectif et individuel aux résultats (Debrosse, 1994, p. 105). Ils constituent des obstacles majeurs à toute action dynamique. Il est clair qu'à terme, le contrôle de gestion, mais aussi (principalement) la tutelle devront se pencher que la question de la pertinence et de l'efficacité d'un contrôle de gestion qui ne dispose pas de tels outils. Reste également à envisager la pertinence et les modalités d'autres modes de contrôle pour orienter les comportements des individus.

Le contrôle de gestion en milieu hospitalier est donc un art difficile, qu'il s'agisse de représenter l'activité hospitalière, de proposer une définition du produit ou de déterminer une instrumentation gestionnaire. Cette dernière reste un « langage obligé » : « on le construit et on le parle en ayant conscience de ses lacunes » (Moisdon, 1997, p. 41). Pourtant, nous pensons avec l'auteur qu'instrumenter une situation d'action collective n'est pas la seule façon de la gérer. Et on peut estimer que l'efficacité des entreprises dépend moins de leur instrumentation gestionnaire que des mécanismes relationnels qui se construisent au sein des groupes de travail. Ces mécanismes relationnels constituent une source de risque pour le contrôle qui doit apprendre à générer l'adhésion des personnes afin de développer la coopération.

2.3. Le « Risque-Personne »

Compte tenu des difficultés rencontrées par l'instrumentation gestionnaire, il convient de se tourner vers d'autres modes de coordination qui peuvent compléter efficacement ce dispositif particulier. Centrer la réflexion sur l'acteur nécessite d'en connaître les enjeux. Trois sources de risques sont identifiées : la complexité des relations entre groupes professionnels (2.3.1.), l'asymétrie d'information (2.3.2.), les résistances au changement (2.3.3.).

2.3.1. Complexité des relations entre groupes professionnels

On peut situer l'origine du problème relationnel dans les services dans le manque de clarté des rôles. Ceci se comprend dans le sens où chaque acteur repère difficilement l'importance de sa contribution dans le processus de soins : « à l'hôpital, la conscience individuelle se limite souvent à son champ d'activité et n'est pas ouverte sur le produit global fourni au patient dans le cadre d'un objectif institutionnel. Ainsi, le médecin reconnaît peu ou pas du tout les autres acteurs. Ceux-ci vont se positionner en réaction au pouvoir médical » (Debrosse, 1994, p. 103). De ce fait, le médecin chef de service représente l'un des acteurs centraux du service. Aidé de son surveillant (le cadre infirmier supérieur), il est chargé de la gestion du service. Dans les unités de soins, le modèle classique reste donc « le service avec son chef et le surveillant. Le poids des mots n'est pas anodin, il traduit une réalité (...). La conséquence est l'existence de véritables villages gaulois qui vont de rivalités en accords passagers ou en affrontements violents, se regroupant quelque fois face à une administration plus souvent décriée que reconnue » (Debrosse, 1994, p. 95). Ce clivage entre corps médical et administration est souvent présenté comme une caractéristique des relations professionnelles à l'hôpital. Gauthier et *alii.* (1975, p. 25) expliquent qu'« un premier clivage, plus ou moins prononcé d'ailleurs, existe entre secteur médical d'une part et secteur administratif d'autre part (...) Au sein du secteur médical la lutte n'est pas moins vive entre services d'hospitalisation et services médico-techniques (laboratoires et radiologie). Enfin, au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels ». Ces comportements rappellent la logique des clans décrite par Ouchi (1979). Ce fonctionnement a des incidences sur les relations entre « clans », et notamment en ce qui concerne le partage de l'information, qui nécessite une bonne entente. Cette tendance à la rétention d'information traduit le phénomène connu sous le nom d'asymétrie d'information.

2.3.2. L'asymétrie d'information

Cette asymétrie se manifeste aussi bien entre la tutelle et les hôpitaux, qu'entre administration et unités de soins. Dans tous les cas, chaque partenaire dispose de certaines informations, l'asymétrie de l'information étant un élément de pouvoir pour celui qui sait l'utiliser à bon escient (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 191). La tutelle est donc confrontée à deux phénomènes incontournables que la théorie économique a mis en évidence : (1) *la sélection adverse* (ou sélection contraire) lorsque l'instance centrale ne connaît pas et ne peut observer l'information dont disposent les unités opérationnelles ; (2) *le risque moral* lorsque l'instance centrale ne connaît pas et ne peut observer les actions des unités opérationnelles (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 9). Le jeu des forces sociales locales dans lequel sont pris hôpitaux et tutelles limite le pouvoir de ces dernières sur les hôpitaux (Moisdon et Tonneau, 1996) : « cette asymétrie d'information se répercute à tous les niveaux : le directeur d'hôpital ne peut guère qu'essayer d'obtenir un maximum de ressources pour ne pas avoir à subir des conflits qu'il ne peut arbitrer techniquement. La tutelle à son tour, placée dans une situation analogue

d'absence de visibilité, aura une attitude semblable devant l'ensemble des établissements de sa zone d'intervention ».

Paradoxalement à ce qui apparaît au travers de la théorie de l'agence¹, la préservation de zones de flou semble être ici une condition à l'équilibre du système (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 95) : « (...) Cet équilibre est obtenu par une acceptation implicite, par chacun des acteurs, des normes de l'autre : l'administration a conscience de la faiblesse de ses paramètres et de leur inaptitude à refléter une quelconque efficacité médicale ; de leur côté, les médecins ne peuvent pas ignorer les critères de performance économique. (...) Cet équilibre est permis par les instruments de gestion en place, et ce non pas malgré, mais grâce à leurs imperfections. Ce sont les imperfections (lacunes, obscurités, imprécisions...) qui, créant du flou là où la netteté entraînerait le conflit et le scandale, permettent aux acteurs et aux normes de cohabiter sans trop de mal. »

Les enjeux de pouvoir, facteurs à la fois d'incertitude et d'une certaine stabilité, peuvent se comprendre également de par l'intérêt qu'à l'administration de limiter les conflits à l'intérieur de l'hôpital, notamment en optant pour l'acquisition de ressources supplémentaires plutôt que pour l'instauration d'un climat de compétition (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 252). Cela permet de comprendre pourquoi les tentatives de changement sont difficilement acceptées.

2.3.3. Les résistances au changement

Une culture hospitalière particulièrement marquée est à l'origine de bon nombre de ces difficultés de mise en œuvre. L'hôpital est en effet caractérisé par « son ancrage dans le passé avec des valeurs fortes, telles que le dévouement, l'accueil de tous, la disponibilité, et aussi par un développement technique et scientifique considérable sur les dernières décennies » (Debrosse, 1994, p. 102). Les acteurs tentent de se protéger du changement provoqué par le système de contrôle qui vise à faire la lumière sur les activités de chacun. Gauthier et *alii.* (1975, p. 27) estiment que « la bienheureuse incertitude qui règne avant l'introduction de la mesure chiffrée de l'action de chacun, est considérée par la plupart des responsables comme une source de quiétude. On comprend qu'ils entendent ne point la trahir ». Pour Cauvin (1999) « l'opacité est aussi une protection et bien des acteurs répugnent à mettre en évidence leur faible activité quantitative ou qualitative ». Moisdon et Tonneau (1999, p. 87) enfin, pensent qu' « à organiser ainsi une plus grande transparence, on réduit les zones d'ombres auxquelles chaque protagoniste tient pour une raison ou une autre ». Les acteurs craignent donc de se voir imposer des règles de gestion ou des contraintes plus fortes et plus difficiles à respecter (Hémidy, 1996). Engel et *alii.* (1997, p. 132) vont jusqu'à considérer que « l'appel à des méthodes de gestion sophistiquées concernant de façon fine les activités constitue les armes d'une guerre risquant d'être fatale pour tous ». Le problème est donc de savoir, comme l'expriment Moisdon et Tonneau (1999, p. 104) « si ce progrès des connaissances est souhaitable ou non (...). Manque ici un consensus sur les finalités à assigner à l'information ».

L'incertitude et la complexité inhérentes à l'activité hospitalière expliquent en bonne partie les difficultés rencontrées par l'hôpital aux trois niveaux identifiés : le produit, les procédures et instruments de gestion, les personnes. Ces trois niveaux de complexité et d'incertitude sont autant de risques pour l'organisation, risques dont elle doit tenir compte pour fonctionner dans de bonnes conditions. Parallèlement à l'émergence de ces risques, ou tout du moins à leur

¹ Pour une analyse de la pertinence de la théorie de l'agence pour l'étude des relations de contrôle, voir Alvarez F. (1998) « The status of trust and control in agency theory : critical analysis and new perspectives for research in management control », *EGOS 14th Colloquium*, Juillet.

prise en compte, l'hôpital a vu l'introduction de dispositifs de gestion qui s'avèrent répondre en grande partie aux problèmes de définition du produit, de formalisation, de coordination. Le contrôle de gestion apparaît donc comme un système compensateur permettant de mettre en œuvre des dispositifs répondant aux impératifs de qualité du produit et de réduction des coûts auxquels l'hôpital doit se soumettre. Nous expliciterons dans la seconde partie les caractéristiques de ces dispositifs.

3. Le contrôle de gestion comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels

Flexibilité, interactivité, décentralisation sont autant de caractéristiques des outils actuels qui attestent de cette transformation de leur statut, liée à celle des organisations qui les accueillent (Moisdon, 1997, p. 41). D'après Cauvin et Coyaude (1990, p. 216), trois lignes directrices doivent animer la conception, l'organisation et l'installation d'un système de gestion : *la contingence* du système par rapport à la politique en matière de stratégie et de structures, *la convergence* organisationnelle sur des objectifs et réalisations communs, *la cohérence* du processus coordonnant et intégrant les différentes phases. Chacun de ces aspects est repris dans la typologie développée :

- *la contingence* du système s'exprime dans la prise en compte du *risque-produit*. En effet, ce sont les spécificités de l'institution-hôpital, de la mission hospitalière et du produit hospitalier qui dictent les caractéristiques des systèmes de gestion. Les objectifs (les contraintes) de prise en charge globale du patient et de qualité des services constituent les fondements de la démarche du contrôle de gestion en milieu hospitalier.
- *La cohérence* du système, entendue comme « le bon degré de délégation, de responsabilité et de contrôle 'reporting' » se retrouve dans la prise en compte du *risque-procédure*.
- *La convergence* organisationnelle dont l'objet est « de faire accepter et intérioriser les objectifs de l'organisation par l'ensemble des salariés qui y travaillent » se retrouve dans la problématique du *risque-personne*.

Le contrôle va jouer dans les organisations ce rôle de limiteur de risques. Il s'inscrit dans une perspective nouvelle qui oblige « à interroger le sens des pratiques, à articuler le contrôle de gestion à la dynamique stratégique et à penser des organisations complexes, multiples, labiles, ouvertes sur leurs environnements et mobilisant des acteurs appartenant à plusieurs d'entre elle. [Ces organisations] nécessitent un contrôle de gestion dont l'architecture conceptuelle est l'autonomie » Cauvin (1999). L'objectif est pour le contrôle de gestion de promouvoir face aux risques organisationnels identifiés, une certaine *qualité organisationnelle* définie comme « l'ensemble des caractéristiques formelles et informelles qui confère au cadre structurel et aux mécanismes de fonctionnement d'un hôpital l'aptitude à satisfaire les objectifs stratégiques de celui-ci » (Leteurtre et alii., 1999, p. 53).

3.1. Autour de l'activité hospitalière

3.1.1. Décentraliser la gestion de l'offre de soins : le projet d'établissement

La notion de projet d'établissement, issue de la réforme de 1991, avait pour but de promouvoir une décentralisation de la gestion de l'offre de soins (Claveranne, 1996). Le

projet d'établissement hospitalier, comme tout projet d'entreprise, met l'accent sur trois dimensions : une action de communication visant à fédérer les acteurs sur des buts intéressant des malades et les hospitaliers eux-mêmes ; la définition d'une stratégie pour parvenir à des fins ; une réalisation effective et une évaluation permanente (Debrosse, 1994, p. 84). Comme le précise Claveranne (1996), « la démarche prévue par la loi, conduisant les responsables d'un établissement à élaborer, formaliser et mettre en œuvre une stratégie, correspond à l'évidence à une évolution du discours et de la pratique gestionnaire ». L'une des conditions essentielles de la réussite de ce projet passe par une équipe de direction cohérente et sachant intégrer la diversité (Debrosse, 1994, p. 87).

3.1.2. Gérer les activités et les processus

Bien que le PMSI¹ et le découpage en GHM² marquent une évolution majeure dans l'appréciation du produit hospitalier, ils ne constituent pas aux yeux de tous la solution "optimale". Il convient, pour Cauvin (1999), « d'adopter une approche des coûts plus conforme à la sociologie hospitalière et aux modes de prise en charge actuels ou en développement : cette approche est celle de la comptabilité par activités ». Le processus se substitue donc à l'impossibilité de définir le produit hospitalier (Garrot, 1995).

Ce raisonnement en terme d'activité (au sens de l'ABM) et de processus permet notamment de « décrypter le processus d'élaboration du service hospitalier en identifiant les facteurs inducteurs de coût responsables de l'efficacité de la prestation (correspondance aux attentes des patients) » (Cauvin, 1999). C'est une démarche intégrative qui dépasse l'idée d'un simple calcul de coût et permet de lui associer une véritable gestion. C'est ce qu'expriment Fabbe-Costes et *alii.* (1998) pour qui « se centrer sur l'activité soignante pour accompagner la démarche de soins, c'est aussi - et peut-être surtout - aborder les protocoles de prise en charge des patients, ce qui suppose 'd'engrammer' dans le système du savoir-faire, de l'expérience et de l'expertise, en même temps que des règles d'organisation ». L'intérêt de prendre comme base d'analyse les processus est qu'une fois ces derniers mieux connus, il devient possible de les déléguer (Bouquin, 1994, p. 52). Ce qui importe finalement « c'est d'utiliser la nouvelle représentation du fonctionnement de l'entreprise pour en améliorer la performance et la compétitivité » (p. 107). L'organisation fonctionnelle découvre la logique processus. Elle doit donc se reconfigurer et « inventer de nouvelles formes de coordination combinant le réseau et la hiérarchie et définir ses frontières entre la logique fonctionnelle et la logique processus » (Besson, 1997a).

3.1.3. Mettre en place des systèmes d'information performants

On peut considérer que l'organisation vit une révolution organisationnelle, qui explique bon nombre des difficultés rencontrées. Les technologies de l'information créent, selon Besson (1997a) de l'archaïsme, et « déverrouillent des situations de monopole qu'on croyait définitivement acquises, rendent caduques des manières de faire ancestrales, ruinent des manières de voir bien établies ». Les exemples de mise en œuvre de systèmes d'information dans les hôpitaux permettent de comprendre l'étendue des résistances qu'ils engendrent, et qui ont été évoqués dans la première partie, mais également les progrès qu'ils permettent d'accomplir. La mise en place du PMSI dans les hôpitaux répond à une demande des pouvoirs publics qui désirent voir les hôpitaux mesurer leur activité afin d'en avoir une certaine

¹ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

² Groupe Homogène de Malades.

lisibilité. Cette introduction de l'informatique notamment donne lieu à des réactions diverses mais procure des avantages indéniables, dont les principaux sont :

- L'amélioration de la qualité de l'information, qui devient fiable et disponible pour toute l'équipe soignante (Fabbe-Costes et alii, 1998). De plus, son niveau de visibilité passe de l'unité de soins à l'ensemble de l'hôpital (Hémidy, 1996).
- La modification de l'organisation du travail. Au-delà de l'informatique, ce sont bien l'organisation du travail et le mode de fonctionnement de l'unité de soins qui sont mis en question (Hémidy, 1996). L'apprentissage collectif « en tant que processus d'intégration des outils dans les pratiques de gestion et de partage de l'information » (Hémidy, 1996) prend une place primordiale. Le système d'information tend à modifier la représentation que les acteurs ont de leur métier et « facilite le travail collectif de capitalisation de l'expérience » (Fabbe-Costes et alii., 1998).
- L'amélioration de la communication entre services. Le partage de l'information sur le patient est une base de communication entre services, ce qui a pour conséquence de favoriser le décroisement (Fabbe-Costes et alii., 1998). Ce développement de la communication se traduit par des gains de productivité et une diminution des conflits entre services.

3.2. Autour des acteurs

Nous avons souligné la difficulté qu'a le contrôle de gestion à élaborer des outils bien adaptés au contexte hospitalier. Par ailleurs, les systèmes d'information mis en place ne sont pas toujours bien acceptés. Il est donc illusoire d'essayer de motiver les médecins, et les autres acteurs du service « en les forçant à une convergence contraignante vers un hypothétique but commun » (Schmitt, 1994, p. 40). D'autres méthodes sont à la disposition du contrôle de gestion pour favoriser l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la coopération.

3.2.1. Développer autonomie et responsabilité : la contractualisation interne

La volonté de développement de pratiques contractuelles¹ part de l'idée que « le meilleur moyen de se coordonner, c'est finalement de pousser les acteurs à expliciter, le plus possible, des engagements et le déroulement attendu de leurs activités » (Nakhla et Soler, 1997). Le contrat dans ce contexte est à envisager comme « l'initialisation d'un processus dans lequel l'explicitation et le suivi collectif de ces points de repères incitent à structurer des argumentaires, à visibiliser des plages d'autonomie et à révéler des difficultés en obligeant, en même temps, à rechercher collectivement les moyens de les résoudre ». L'approche par l'économie des contrats souligne également le caractère lié des intérêts de chacune des parties. Ces contrats de coopération² ont l'avantage de réduire les asymétries d'information et d'offrir des assurances contre l'incertitude (Moisdon et Tonneau, 1996). Par ailleurs Masse (1996) considère que le financement de projets d'activités nouvelles peut constituer une récompense,

¹ La loi du 24 avril 1996 précise que « les centres de responsabilité bénéficient de la délégation de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat » (art. L. 714-26-1 du Code de la Santé Publique).

² Pour une présentation des effets des contrats, et plus généralement pour des développements sur la Direction Participative Par Objectifs, voir également l'ouvrage de Gauthier P.-H., Grenon A., Pinson G., Rameau E. (1979) *Le contrôle de gestion à l'hôpital*, Dunod.

dont le rôle incitatif remplacerait celui lié à la rémunération. La sanction peut être envisagée au travers d'effets négatifs sur la réputation.

Il s'agit donc, comme l'exprime Debrosse (1994, p. 123) de passer d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilisation : « là encore les moyens à mettre en œuvre ne sont pas matériels mais de l'ordre d'une nouvelle culture à insuffler dans le monde hospitalier pour lier une des valeurs fondatrices de l'hôpital, l'humanisme, avec l'une des valeurs de notre temps, la performance. L'émergence de cette nouvelle culture repose sur une nouvelle conception du management ». Cette conception doit laisser la place à des ajustements informels.

3.2.2. Décloisonner le fonctionnement des services

Il s'agit, expliquent Honoré et Samson (1994) « de faire évoluer les règles de fonctionnement et d'organisation interne des hôpitaux publics qui paraissent aujourd'hui rigides et favorisent le cloisonnement alors que l'évolution technique et socio-culturelle imposerait plus de souplesse et d'adaptation. Par ailleurs et parallèlement, la dispersion des responsabilités et l'insuffisance du dialogue participent largement aux inquiétudes des personnels et au malaise ressenti » (p. 117). Ce découloisonnement, favorisé par les relations qui s'établissent entre les services, contribue à une meilleure coopération. Cette connexion entre services « améliore la transmission des informations, donc la communication entre les services, ce qui a des effets directs sur la circulation et la gestion des flux (fluidité et continuité), et se traduit par une réduction des coûts pour l'hôpital ainsi qu'une meilleure qualité du service rendu au patient » (Fabbe-Costes et alii., 1998).

C'est la coordination de tous les acteurs de l'hôpital qui permettra d'accroître l'efficacité et la qualité des soins à l'hôpital. Il convient donc pour Moisson et Tonneau (1999, p. 225) « d'organiser cette coordination, constituer un collectif qui soit réellement perçu comme nécessaire et avantageux, supprimer les cloisonnements entre unités, entre catégories, ou entre équipes successives. L'appréhension d'un système aussi complexe que l'hôpital ne peut se faire qu'en ayant une approche globale, prenant en compte tous les aspects techniques, sociaux et organisationnels ». Il faut donc une coopération efficace qui gomme les frontières entre unités. Parallèlement à cette coopération émergente entre unités d'un même hôpital, les pouvoirs publics incitent également à une coopération inter-hospitalière¹.

3.2.3. Valoriser les compétences et les pratiques professionnelles

Schmitt (1994) considère que la responsabilité va de pair avec la compétence, elle-même liée à la formation. La première étape consiste donc à « reconnaître aux acteurs de l'organisation leur identité, c'est-à-dire valoriser pleinement les compétences, les pratiques et les modes de fonctionnement liés à la dimension professionnelle. (...) Il faut reconnaître le pouvoir de chacun et lui donner des modes d'expression » (Cauvin, 1999). Car, dans un contexte sociologique où la dimension professionnelle prime, « le contrôle de gestion n'a de pertinence que s'il s'ancre pleinement dans cette réalité sociologique : ceci implique de placer les pratiques professionnelles des acteurs au cœur du dispositif, de les relier à la génération des coûts en même temps qu'à la valeur stratégique produite pour l'utilisateur dans le cadre d'une allocation de ressources donnée ». Le contrôle peut alors devenir un dispositif d'accompagnement des pratiques des acteurs.

¹ Voir par exemple l'ouvrage de G. Calmes, Segade J.-P., Lefranc L. (1998) *Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité*, Masson.

De l'expérience qu'ils tirent de l'introduction d'un système d'information centré sur l'activité, Fabbe-Costes et *alii.* (1998) remarquent que le succès de l'introduction du système repose très largement sur les pratiques organisationnelles préalables à l'implantation du système. Les auteurs soulignent que c'est la capitalisation du savoir-faire de l'équipe qui a permis d'amorcer une démarche de progrès. Il s'agit d'une première étape dans la démarche de qualité totale, fortement recommandée par le processus d'accréditation.

3.2.4. Former et informer

Le décalage qui existe entre les attentes de comportement gestionnaire de la part des médecins et leurs compétences en la matière conduit dans de nombreux cas à un rejet des outils de gestion et à un refus de les utiliser. Il faut donc, à l'instar de Gauthier et *alii.* (1975, p. 12), tenir compte du « préalable psychologique », qui repose sur trois mots-clés : conviction, information, formation. L'information, nous disent-ils, « doit circuler à visage ouvert : la mise en place de l'analyse de gestion n'est pas une opération clandestine (...). Cette action débouche tout naturellement sur une véritable pédagogie de l'analyse de gestion (...) Il y a des passerelles à établir entre les différentes unités fonctionnelles, des cloisonnements à faire disparaître, un état d'esprit à créer ». La formation doit permettre de rendre l'information compréhensible pour ceux qui en sont destinataires. Son rôle ne s'arrête pas là. Elle est aussi pour les médecins « l'occasion de percevoir les liens transversaux avec les autres composantes de l'hôpital, qu'il s'agisse des diverses catégories de personnel ou de multiples disciplines » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 244). De ce fait, l'individu est amené à regarder les outils de gestion essentiellement comme des « supports d'apprentissage », et moins comme des « outils de conformation des comportements ». Il convient donc de former aux outils de gestion mais aussi par les outils, qui doivent dès lors être élaborés avec beaucoup de précision. Ils peuvent en effet permettre aux responsables de s'auto-évaluer et de suivre l'évolution de leur activité. Le contrôle de gestion se doit d'être dans cette perspective extrêmement pédagogique et pédagogique ; il doit s'efforcer de développer des moyens de communiquer avec les acteurs (leur être compréhensible) et des moyens permettant aux acteurs de communiquer entre eux.

3.2.5. Communiquer

La loi de 1991 avait comme préoccupation d'améliorer le dialogue et la communication entre les personnes. Ces facteurs vont de pair avec la recherche d'une meilleure organisation (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 200). Pour Grosjean et Lacoste (1999, p. 203), « la question de la communication à l'hôpital dans ses divers registres et niveaux est un enjeu central pour l'évolution de l'hôpital vers de nouveaux modèles d'organisation ». La communication dans ses dimensions formelle¹ et informelle constitue le fondement de la coopération. Elle apparaît donc comme « une réalité à deux faces : l'une purement informationnelle, celle par laquelle on fait des transmissions (...), l'autre essentiellement relationnelle (on 'communique' avec les malades, on a de bonnes relations – ou de mauvaises – avec ses collègues, avec les médecins) » (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 172). Elle ne se réduit pas à la seule transmission d'information et à l'échange de données : « c'est avant tout la rencontre de personnes autour d'un sujet sur lequel chacun doit pouvoir s'exprimer » (Leteurtre et *alii.*, 1999, p. 367).

¹ Le système formel de communication selon Laufer (1993, p. 220) doit comporter « une définition précise des acteurs sociaux (...), du langage qu'ils utilisent¹ (...) et les lieux de leur interaction (...). Un système de communication sociale suppose la définition conjointe de trois instances (locuteur, langage, média)

La communication informelle est nécessaire et cohérente avec une culture soignante qui fonctionne plutôt sur le mode de la transmission orale (Fabbe-Costes et alii., 1998). Elle s'inscrit dans le cadre du réseau informel de relations que toute organisation développe parallèlement au système formel¹ (Barnard, 1938). Dans les hôpitaux, soulignent Leteurtre et alii. (1999, p. 61), la présence d'une telle organisation informelle est très prégnante. Elle est probablement due dans les équipes de soins « à une solidarité rarement démentie à l'intérieur des équipes soignantes ». Communiquer permet à la fois de faire passer une information et d'en recueillir. Cela évite les non-dits, permet dans une certaine mesure d'explicitier les problèmes et d'aider à les résoudre, et est un facteur favorable à l'adhésion des acteurs aux objectifs de l'organisation. Influencer les comportements, dans un contexte de complexité et d'incertitude où les outils de gestion et les systèmes d'information sont souvent impuissants à impulser une dynamique de changement, nécessite de se tourner vers des modes de contrôle complémentaires afin d'être plus proches de cette réalité hospitalière.

CONCLUSION

L'introduction de nouveaux outils de gestion à l'hôpital et l'accroissement du rôle du contrôle qui l'accompagne, constituent un changement d'envergure en matière d'organisation. Les développements précédents ont souligné le rôle croissant donné au contrôle de gestion en milieu hospitalier. Projet d'établissement, mise en place du PMSI, contractualisation interne, formation des médecins à la gestion sont autant de dispositifs qui, bien qu'imparfaits ou incomplets, tendent à introduire une conscience gestionnaire à l'hôpital. Pourtant cette démarche ne se fait pas sans mal. Elle doit donc tenir compte des difficultés humaines et techniques, si l'on veut que l'hôpital satisfasse à ses objectifs primordiaux de qualité des soins et réduction des coûts, souvent présentés comme antagonistes. Dans ce contexte, le contrôle de gestion doit indéniablement s'adapter aux caractéristiques structurelles, environnementales et socio-professionnelles de l'hôpital. Afin de saisir pleinement les enjeux qui lui sont liés, il convient d'appréhender le contrôle de gestion comme un dispositif de maîtrise des risques organisationnels.

Une analyse des risques organisationnels en milieu hospitalier nous a permis d'élaborer une typologie qui distingue :

- *le risque-produit*, qui découle de la difficulté de saisir le produit hospitalier, et dont l'enjeu principal est la qualité des soins ;
- *le risque-procédure*, lié au problème de pertinence des dispositifs de gestion utilisés pour représenter l'activité, et dont les enjeux sont la qualité de l'instrumentation et de l'information de gestion ;
- *le risque-personne*, induit par les conséquences des rapports des individus aux outils d'une part, de la qualité des relations interpersonnelles d'autre part, et dont les enjeux complémentaires sont l'adhésion aux objectifs de l'organisation et la création et la préservation de relations de coopérations entre individus

Cette typologie s'avère pertinente pour l'hôpital pour deux raisons essentielles :

¹ Pour une analyse des complémentarités entre contrôle de gestion et réseaux informels de relations, voir Alvarez F. (1997) « On the logic of bureaucratic conduct : a framework for the analysis of the trust-control relationship », *VIIIème Conférence Internationale de l'IAAER*, Octobre, Paris.

- elle permet une prise en compte de l'ensemble des risques organisationnels, qui trouvent leur place dans l'une ou l'autre des catégories identifiées.
- Elle met l'accent, au travers des risques qu'elle cible, sur les deux objectifs fondamentaux qui sont aujourd'hui fixés à l'hôpital public (qualité et efficacité). De ce fait, mener une réflexion sur la maîtrise de ces risques c'est travailler vers l'atteinte de ces objectifs. Il nous est en effet apparu que les diverses démarches entreprises en externe (par la tutelle) ou en interne constituent des réponses concrètes aux risques organisationnels.

Le contrôle de gestion a donc un rôle de première importance pour la réussite de cette entreprise. Le contrôle, véritable langage novateur se présente comme porteur d'un message lui aussi nouveau. L'objectif reste d'être capable de véhiculer le message dans sa globalité, de rendre intelligible le langage, afin d'œuvrer vers une convergence des intérêts des acteurs. Les efforts de l'hôpital public français sont certains, mais insuffisants parfois à favoriser le changement. L'accent doit être mis sur les dispositifs qui permettent d'accompagner cette dynamique, afin que les outils de contrôle développés trouvent leur pleine application au sein des unités. Gauthier et alii. (1975) soulignaient déjà l'importance et la nécessité d'un état d'esprit et d'un climat favorable pour que le contrôleur et sa technique soient efficaces. Nous pensons avec eux, et bien d'autres¹, que l'instauration d'un tel climat général de concertation et d'acceptation mutuelles constitue une étape incontournable à laquelle le contrôle de gestion doit accorder une place prépondérante.

Références bibliographiques :

- Alvarez F. (1998) « The status of trust and control in agency theory : critical analysis and new perspectives for research in management control », *14ème Colloque de l'EGOS*, Juillet, Maastrich.
- Alvarez F. (1997) « On the logic of bureaucratic conduct : a framework for the analysis of the trust-control relationship », *VIIIème Conférence Internationale de l'IAAER*, Octobre, Paris.
- Alvarez F. (1995) *Schéma d'introduction du concept de confiance dans le management*, Mémoire de DEA, CREFIGE, Université Paris-Dauphine.
- Barnard C. (1938) *The functions of the executive*, Harvard University Press.
- Besson P. (1997a) « La rente informationnelle et les nouvelles frontières de l'organisation » in P. Besson (éd.) *Dedans, dehors. Les nouvelles frontières de l'organisation*, Vuibert, Paris, pp. VII-XIV.
- Besson P. (1997b) « L'institution de la valeur. Comment ré-articuler le sens de la responsabilité sur les logiques de marché ? » in P. Besson (éd.) *Dedans, dehors. Les nouvelles frontières de l'organisation*, Vuibert, Paris, pp. 121-149.
- Besson P. (2000) « Risques organisationnels et dynamique du contrôle » à paraître in *Encyclopédie de la comptabilité et du contrôle de gestion*, B. Colasse (éds), Economica, Paris.
- Bonnici B. (1998) *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, Nouvelle Edition, « Les Etudes » de la documentation Française.
- Bouquin H. (1994) *Les fondements du contrôle de gestion*, coll. Que Sais-Je ?, PUF.
- Cauvin C. (1999) « Les habits neufs du contrôle de gestion », in *Questions de contrôle*, sous la direction de Lionel Collins, PUF.
- Cauvin C., Coyaud C. (1990) *Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion*, Economica.
- Claveranne J. P. (1996) « Le management par projet à l'hôpital », *Revue Française de gestion*, n° 109, Juin-Juillet-Août.
- Debrosse D. (1994) « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat.

¹ Pour une revue de la littérature sur l'importance du concept de confiance pour le contrôle de gestion, voir par exemple Alvarez F. (1995) *Schéma d'introduction du concept de confiance dans le management*, Mémoire de DEA, CREFIGE, Université Paris-Dauphine.

- Dupont M., Salaün F. (1999) *L'Assistance publique – hôpitaux de Paris*, Coll. Que sais-je ?, PUF.
- Dupuy Y., Marmuse C., Kalika M., Trahand J. (1989) *Les systèmes de gestion*, Editions Dunod.
- Engel F., Kletz F., Moisdon J.-C. (1997) « L'instrument multiprise ou 'les métamorphoses des ICR' », in *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, sous la direction de J.-C. Moisdon, Ed. Seli Arslan.
- Fabbe-Costes N., Romeyer C., Michel C., Costes O. (1998) « Impacts de l'introduction d'un 'système d'information centré sur l'activité' sur la performance et l'organisation d'un centre hospitalier : le cas du C.H.I.T.S. », *Actes du Congrès des I.A.E.*, Tome 4, pp. 409-426.
- Garrot T. (1995) *Le management des activités en milieu hospitalier*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis.
- Gauthier P. H., Grenon A., Omnès L., Perchet J. Y. (1975) *L'analyse de gestion à l'hôpital*, Heral Editions.
- Gauthier P.-H., Grenon A., Pinson G., Rameau E. (1979) *Le contrôle de gestion à l'hôpital*, Dunod.
- Grosjean M., Lacoste M. (1999) *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Presses Universitaires de France.
- Halgand N. (1997) « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 3, Volume 2, septembre, pp. 77-92.
- Halgand N. (1995) « Problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 1, Volume 2, septembre, pp. 34-51.
- Hémidy L. (1996) « L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux », *Revue Française de Gestion*, n° 109, Juin-Juillet-Août.
- Kieffer R., Merlière Y. (1997) « Le contrôle de gestion au service de la gestion hospitalière : principes et outils », *Actes du Congrès de l'International Accounting Association for Education and Research*, Paris, Octobre.
- Laufer R. (1993) *L'entreprise face aux risques majeurs. A propos de l'incertitude des normes sociales*, L'Harmattan.
- Le Breton D. (1995) *La sociologie du risque*, Coll. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France.
- Leteurtre H., Patrelle I., Quaranta J.-F., Ronzière N. (1999) *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, coll. Audit hôpital, Berger-Levrault.
- Marquet P. (1996) « Réforme hospitalière : l'ordonnance du 24 avril 1996 », *Gestions Hospitalières*, Octobre, pp. 590-597.
- Masse M. C. (1996) « Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions diagonales », *Comptabilité-Contrôle Audit*, Tome 2, Volume 1, mars, pp. 21-43.
- Masse M.-C. (1994) *Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle: contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université des Sciences et Technologies de Lille, I.A.E..
- Mintzberg H. (1982) *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisations.
- Moisdon J.-C. (1997) *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Ed. Seli Arslan.
- Moisdon J. C., Tonneau D. (1999) *La démarche gestionnaire à l'hôpital. I- Recherches sur la gestion interne*, Editions Seli Arslan.
- Moisdon J. C., Tonneau D. (1996) « L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue Française de Gestion*, n° 109, Juin-Juillet-Août.
- Nakhla M., Soler L.-G. (1997) « Des contrats internes au concret. Contrats internes, coordinations et pilotage économique de projet », in *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, sous la direction de J.-C. Moisdon, Ed. Seli Arslan.
- Ouchi W. G. (1979), "A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms", *Management Science*, vol 25, n° 9, september.
- Régnard Y. (1998) « Pour une approche structurelle des coûts des activités cliniques », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 4, Volume 1, Mars, p. 49-67.

Schmitt B. (1994) « La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain », in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat.